



guide du Bon usage des antibiotiques aux urgences



Mise à jour mars 2004

c.h.u. Jean Verdier

Comité des antibiotiques, Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles

GUIDE DU BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES AUX URGENCES

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES UTILES

Laboratoire de Microbiologie (5^{ème} étage)

Heures ouvrables de 8 heures 30 à 17 heures 30, téléphone secrétariat : 6573.

Heures de « garde » : Laboratoire de Garde, téléphone 6516, BIP 8 puis 1760.

Service de Réanimation Médico Chirurgicale (1^{er} étage)

téléphone 6183, BIP 8 puis 1060.

Pharmacie

Heures ouvrables de 8 heures 30 à 18 heures, téléphone 6685 - 5385

Pour certains antibiotiques, la prescription est nominative, à durée limitée et doit être effectuée sur des ordonnances spécifiques.

Liste des examens de Microbiologie pratiqués aux heures de garde

1. Bactériologie : Liquide céphalo-rachidien, liquide d'épanchement (ascite, pleural, articulaire), pus divers profonds, Examen cyto bactériologique des urines, Matériel implanté (cathéters, redons), Hémoculture.
2. Parasitologie : Frottis sanguins pour la recherche d'hématozoaires
3. Cas particuliers : les hémocultures sont à déposer dans l'étuve située face au centre de tri. Les coprocultures sont à conserver entre 0°C et -20°C.

Comité de l'antibiotique du comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles

P. Cruaud : Microbiologie, J.E. Fontan : Pharmacie, O. Fain : Médecine Interne, R. Gauzit : Réanimation Médico-Chirurgicale, V. Jeantils : Médecine Interne, E. Lachassinne : Pédiatrie, D. Pateron : Urgences, J. Stirnemann, : Médecine Interne

Ce livret est destiné à homogénéiser la prescription d'antibiotiques lors des situations infectieuses les plus fréquemment rencontrées aux urgences. Il concerne de ce fait les antibiotiques utilisés à visée curative et non pas prophylactique. Parmi ces données générales il faut rappeler qu'il est impératif de réévaluer après 48 heures le traitement instauré : au vue de l'évolution et des résultats des investigations effectuées (en particuliers résultats de l'antibiogramme). La prise en charge des infections nosocomiales n'est donc pas incluse dans ce guide




C.H.U.
Jean Verdier



Table des matières

GUIDE DU BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES AUX URGENCES ADULTES.	5
Angines	5
Sinusites	5
Otitis moyennes aiguës	5
Infections basses de l'arbre respiratoire	5
Bronchite aiguë de l'adolescent et de l'adulte sain	5
Exacerbation aiguë de la bronchite chronique obstructive	5
Pneumonie	6
Infections de l'arbre génito urinaires	7
Cystite simple chez la jeune femme	7
Prostatite	7
Pyélonéphrite	8
Urétrites / Cervicites	8
Orchi-épididymite aiguë	9
Ulcérations génitales (syphilis)	9
Infections ostéo articulaires	9
Arthrite septique primitive	9
Infections cutanées / Morsures	9
Erysipèle typique	9
Staphylococcie maligne de la face	10
Morsures (homme, chat, chien, rat), griffades	10
Morsures de tiques	10
Fièvre chez le neutropénique	11
Aplasie thérapeutique	11
Infections digestives avec prise en charge chirurgicale	11
Péritonite aiguë sans signe de gravité	11
Péritonite aiguë AVEC signe de gravité ou chirurgie difficile (incomplète)	11
Sigmoidite	11
Infection des voies biliaires	11
Post-Cholangio Pancréatographie Rétrograde Endoscopique	12
Infections digestives SANS prise en charge chirurgicale	12
Infection spontanée du liquide d'ascite	12
Diarrhées aiguës bactériennes	12
Endocardite bactérienne	12
Méningites bactériennes « aiguës »	13
Pneumocoque	13
Méningocoque	13
Listeria	13
Rappel de la chimioprophylaxie des infections invasives à méningocoque (en dehors des cas où la vaccination est possible)	13
algorithme décisionnel de prise en charge d'une méningite	14
algorithme décisionnel de prise en charge du paludisme	15
GUIDE DU BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES AUX URGENCES PEDIATRIQUES (A l'exception des infections néo-natales , materno-fœtales)	16
Infections ORL	16
Infections respiratoires basses	17



Infections urinaires	17
Infections osseuses.....	18
Infections cutanées / Morsures.....	18
Fièvre chez le neutropénique / Septicémie.....	18
Infections digestives	19
Infections méningées	19
Posologies en pédiatrie	20

GUIDE DU BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES AUX URGENCES ADULTES

Angines

- Remarques préliminaires : Dans plus de 80% des cas l'étiologie est virale et ne nécessite pas d'antibiothérapie.
- Propositions d'antibiothérapie :

Situation	Première intention	Alternative ou deuxième intention
▪ Angine (TDR +) Streptocoque A	Amoxicilline ^{DCI} (Clamoxyl®) 1 g x 2/j (<i>per os</i>) pdt 6 jours	Si allergie : Pristinamycine ^{DCI} (Pyostacine®) 1 g x 3/j (<i>per os</i>) pdt 6 jours.

Sinusites

- Remarques préliminaires : pas de prélèvement ; hospitalisation inutile ; si récidivante et ou bloquée un avis spécialisé est à faire ; une origine dentaire est à discuter si unilatérale et fétide.
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Amoxicilline – Ac. Clavulanique^{DCI} (Augmentin®) 1 g x 3/j (*per os*) pdt 10 jours
 - **Alternative (allergie bêtalactamines)** : Pristinamycine^{DCI} (Pyostacine®) 1 g x 3/j (*per os*) pdt 10 jours

Otites moyennes aiguës

- Remarques préliminaires : pas de prélèvement ; hospitalisation inutile ; si otorrhée chronique une prise en charge en milieu spécialisé est à faire ; les otites externes doivent faire l'objet d'un traitement local.
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Amoxicilline – Ac. Clavulanique^{DCI} (Augmentin®) 1 g x 3/j (*per os*) pdt 10 jours.
 - **Alternative (allergie bêtalactamines)** : Pristinamycine^{DCI} (Pyostacine®) 1 g x 3/j (*per os*) pdt 10 jours.

Infections basses de l'arbre respiratoire

Bronchite aiguë de l'adolescent et de l'adulte sain

- Remarques préliminaires : Elle est d'origine virale. Toutefois si la toux persiste plus de 10 jours *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis* et *Bordetella pertussis* peuvent être incriminés.
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Ne pas prescrire d'antibiotiques.**

Exacerbation aiguë de la bronchite chronique obstructive

- Remarques préliminaires : Le recours aux critères cliniques de la triade d'Anthonisen est le plus adapté pour le diagnostic d'une exacerbation d'origine bactérienne qui nécessitera une antibiothérapie :

<ul style="list-style-type: none"> ○ augmentation du volume de l'expectoration, ○ augmentation de la purulence de l'expectoration, ○ augmentation de la dyspnée. 	La présence d'au moins deux de ces critères évoque une origine bactérienne
---	--
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Amoxicilline – Ac. Clavulanique^{DCI} (Augmentin®) 1 g x 3/j (*per os*) pdt 8 jours.
 - **Alternative ou si allergie aux bêtalactamines** : Télithromycine^{DCI} (Ketek®) 800 mg x 1/j (*per os*) pdt 5 jours.

Pneumonie

- **Remarques préliminaires** : La décision thérapeutique sera prise en fonction de trois éléments : le type d'infection (communautaire ou non, forme atypique ou non), les critères de gravité et les facteurs de risque. Une hospitalisation doit être décidée en fonction des deux derniers points (cf. *infra*). Une réévaluation du traitement au vue de l'évolution et/ou des résultats d'examens doit être impérativement faite à J2 du traitement. **Le pronostic est étroitement lié à la précocité de l'instauration du traitement.**

En cas de suspicion de tuberculose un isolement doit être prescrit

Facteur de risque

- Age « physiologique » > 65 ans
- Insuffisance cardiaque congestive
- Antécédents d'AVC
- Insuffisance rénale
- Cirrhose
- BPCO
- Diabète insulino dépendant non équilibré
- Immunodépression
- Splénectomisé, drépanocytaire
- Vie en institution
- Hospitalisation dans l'année

Facteurs de gravité : appel réanimateur

- Altération de la conscience
- PA Systolique < 90 mmHg
- Pouls > 125 / mn
- Fréquence respiratoire > 30 / mn
- Température < 35°C ou > 40°C
- Néoplasie associée

Critères d'hospitalisation (« bon sens clinique »)

Age < 65 ans et deux facteurs de risque

Ou

Age > 65 ans et un facteur de risque

Ou

Facteurs de gravité

- Propositions d'antibiothérapie :

▪ **Pneumonie communautaire (PC) non hospitalisée sans facteur de risque**

Type d'infection	Proposition
▪ Cas général	Amoxicilline ^{DCI} (Clamoxyl®) 1 g x 3/j (per os) pdt 10 jours.
▪ Si suspicion PC atypique	Roxithromycine ^{DCI} (Rulid®) 150 mg x 2/j (per os) pdt 10 jours.
▪ Si le traitement n'apporte pas d'amélioration après 48 heures la roxithromycine sera ajoutée à l'amoxicilline et inversement.	
▪ Alternative couvrant les deux indications : Télithromycine ^{DCI} (Ketek®) 800 mg x 1/j (per os) pdt 10 jours.	

▪ **Pneumonie communautaire (PC) non hospitalisée AVEC facteur de risque**

Type d'infection	Proposition
▪ Cas général	Amoxicilline – Ac. Clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) 1 g x 3/j (per os) pdt 10 jours.
▪ Suspicion de PC atypique	Roxithromycine ^{DCI} (Rulid®) 150 mg x 2/j (per os) pdt 10 jours.
▪ Si le traitement n'apporte pas d'amélioration après 48 heures la Roxithromycine sera ajoutée à l'amoxicilline – Ac. Clavulanique et inversement.	
▪ Alternative couvrant les deux indications : Lévofloxacine ^{DCI} (Tavanic®) 500 mg x 2/j (per os) pdt 10 jours.	

- **Pneumonie communautaire (PC) HOSPITALISEE**

Usage de la voie parentérale en début de traitement puis relais *per os* dès que possible en particulier pour les quinolones qui présentent une excellente biodisponibilité qui autorise (dans la mesure du possible) une administration *per os* dès la deuxième prise.

Type d'infection	Propositions initiales*
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cas général (pneumonie franche lobaire aiguë) sans facteur de risque 	Amoxicilline ^{DCI} (Clamoxyl®) 2 g x 3/j (IV). ALTERNATIVE (en particulier si allergie) : Céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) 2 g x 3/j (IV)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cas général (pneumonie franche lobaire aiguë) AVEC facteur de risque ET/OU inhalation 	Amoxicilline – Ac. Clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) 2 g x 3/j (IV). ALTERNATIVE (en particulier si allergie) : Céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) 2 g x 3/j (IV) PLUS SI INHALATION Métronidazole ^{DCI} (Flagyl®) 500 mg x 3/j (IV).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suspicion de PC atypique (dont <i>Legionella</i>) sans facteur de risque 	Amoxicilline ^{DCI} (Clamoxyl®) 1 g x 3/j (IV). PLUS Erythromycine ^{DCI} (Erythrocin®) 1 g x 3/j (IV). ALTERNATIVE (en particulier si allergie) : Lévofoxacine ^{DCI} (Tavanic®) 500 mg x 2/j (IV) PLUS SI
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suspicion de PC atypique (dont <i>Legionella</i>) AVEC facteur de risque ET/OU inhalation 	Amoxicilline – Ac. Clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) 1 g x 3/j (IV) PLUS Erythromycine ^{DCI} (Erythrocin®) 1 g x 3/j (IV). INHALATION Métronidazole ^{DCI} (Flagyl®) 500 mg x 3/j (IV).

* le traitement sera réévalué à 48 heures au vue de l'évolution et des résultats des examens pratiqués. La durée totale du traitement est habituellement de 10 jours.

Infections de l'arbre génito urinaires

Cystite simple chez la jeune femme

- Remarques préliminaires : Un test de confirmation par « bandelette urinaire » est recommandé. La pratique d'un ECBU n'est pas systématique, toutefois il doit être pratiqué s'il y a un échec au traitement. *Escherichia coli* est la principale espèce responsable. Les propositions d'antibiothérapie reposent en premier lieu sur cette bactérie. Plus rarement *Staphylococcus saprophyticus* et plus rarement *Enterococcus* sont incriminés qui présentent une moins bonne sensibilité aux antibiotiques proposés. En cas d'infection à cocci à Gram positif, les quinolones sont inefficaces (utilisation de l'amoxicilline préconisée).
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Norfloxacine^{DCI} (Noroxine®) 400 mg x 2/j (*per os*) pdt 3 jours.
 - **Alternative** : Nitrofurantoïne^{DCI} (Furadantine®) (en particulier chez femme enceinte) 50 mg x 3/j (*per os*) pdt 7 jours .

Prostatite

- Remarques préliminaires : Le traitement doit être fait en urgence souvent avec hospitalisation (bon sens clinique). Un ECBU et des hémocultures sont à pratiquer. L'antibiothérapie se fera par voie parentérale. Dès l'obtention de l'apyrexie un relais par voie orale en monothérapie est possible. L'antibiothérapie doit couvrir les Gram négatif, toutefois, *Enterococcus* peut aussi être responsable.
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Ofloxacine^{DCI} (Oflozet®) 200 mg x 2/j (IV un relais *per os* dès la deuxième administration est possible (biodisponibilité 100%)) pdt 4 à 6

semaines. Si signes de gravité **Gentamicine^{DCI} (Gentalline®)** 3 à 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (se limiter en général à 2 jours).

- **Seconde intention : Triméthoprim - Sulfaméthoxazole^{DCI} (Bactrim®)** 800 mg x 2/j (IV un relais *per os* dès apyréxie) pdt 4 à 6 semaines. Si signes de gravité **Gentamicine^{DCI} (Gentalline®)** 3 à 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (se limiter en général à 2 jours).
- **Alternative (infection par *Enterococcus*) : Amoxicilline^{DCI} (Clamoxyl®)** 2 g x 3/j (IV un relais *per os* dès apyréxie) pdt 4 à 6 semaines. Si signes de gravité **Gentamicine^{DCI} (Gentalline®)** 3 à 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (se limiter en général à 2 jours).

Pyélonéphrite

- Remarques préliminaires : Le traitement doit être instauré en urgence. Un ECBU et des hémocultures sont à pratiquer. Si la forme est sévère : hospitalisation et recours à la voie parentérale obligatoire avec relais *per os* dès apyréxie de 24 heures
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Sans signe de gravité**
 - **Première intention** : **Ofloxacin^{DCI} (Oflocet®)** 200 mg x 2/j (*per os*) pdt 10 jours.
 - **Alternative (en particulier chez femme enceinte)** : **Céfotaxime^{DCI} (Claforan®)** 1 g x 3/j (IV) (relais *per os* dès que possible et fonction des résultats de l'antibiogramme) durée totale du ttt 10 jours.
 - **AVEC signe de gravité**
 - **Première intention** : **Céfotaxime^{DCI} (Claforan®)** 2 g x 3/j (IV) PLUS **Gentamicine^{DCI} (Gentalline®)** 3 à 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (se limiter en général à 2 jours) (relais *per os* dès que possible et fonction des résultats de l'antibiogramme) durée totale du ttt 10 jours.
 - **Alternative** : **Ofloxacin^{DCI} (Oflocet®)** première administration IV 400 mg puis 200 mg x 2/j (IVL ou *per os* si possible (biodisponibilité 100%)) PLUS **Gentamicine^{DCI} (Gentalline®)** 3 à 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (se limiter en général à 2 jours) (relais *per os* dès que possible et fonction des résultats de l'antibiogramme) durée totale du ttt 10 jours.
 - **Femme enceinte**
 - **Première intention** : **Céfotaxime^{DCI} (Claforan®)** 2 g x 3/j (IV) PLUS **Gentamicine^{DCI} (Gentalline®)** 3 à 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (se limiter en général à 2 jours) (relais *per os* dès que possible et fonction des résultats de l'antibiogramme) durée totale du ttt 10 jours.
 - **Infection due à *Enterococcus***
 - **Première intention** : **Amoxicilline^{DCI} (Clamoxyl®)** 2 g x 3/j (IV) PLUS **Gentamicine^{DCI} (Gentalline®)** 3 à 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (se limiter en général à 2 jours) (relais *per os* dès que possible et fonction des résultats de l'antibiogramme) durée totale du ttt 10 jours.

Urétrites / Cervicites

- Remarques préliminaires : L'examen cytbactériologique du prélèvement urétral doit être effectué. Prélèvement rectal, pharyngé, en précisant les recherches à pratiquer, peuvent faire l'objet d'un examen bactériologique. En cas d'incertitude sur l'authenticité de l'urétrite, un ECBU peut être prescrit. Les sérologies (Syphilis, HIV, HBV...) sont à discuter. L'antibiothérapie doit couvrir : *Neisseria gonorrhoeae*, Mycoplasmes génitaux, *Chlamydia trachomatis*. A l'exception des vaginoses et candidoses vaginales, le **traitement des partenaires sexuels** doit être aussi envisagé.
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : **Ofloxacin^{DCI} (Oflocet®)** 400 mg en 1 fois (*per os*) PLUS **Doxycycline^{DCI} (Vibramycine®)** 100 mg x 2/j (*per os*) pdt 10 jours.
 - **Alternative** : **Ceftriaxone^{DCI} (Rocéphine®)** 500 mg en 1 fois (IM ou IV) PLUS **Azithromycine^{DCI} (Zithromax®)** 1 g en 1 fois (*per os*).

Orchi-épididymite aiguë

- Remarques préliminaires : Chez l'homme jeune souvent lié aux MST (nécessité d'associer un traitement adapté à *Chlamydia trachomatis* (cf urétrites)) alors que chez le plus âgé elle est souvent liée à une infection urinaire en liaison avec chirurgie ou investigations invasives urologiques (dans ce cas la couverture de *Chlamydia trachomatis* n'est pas nécessaire mais le traitement pourra être prolongé à 21 jours.
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Ofloxacin^{DCI} (Oflozet®) 200 mg x 2/j (*per os*) pdt 10 à 21 jours.
 - **Alternative** : Ceftriaxon^{DCI} (Rocéphine®) 1 g en 1 fois (IM ou IV) pdt 10 à 21 jours PLUS (si associé à une MST) Doxycycline^{DCI} (Vibramycine®) 100 mg x 2/j (*per os*) pdt 10 jours OU Azithromycine^{DCI} (Zithromax®) 1 g en 1 fois (*per os*).

Ulcérations génitales (syphilis)

- Remarques préliminaires : Cinq étiologies : Herpes, syphilis, chancre mou, lymphogranulomatose vénérienne, donovanose. En France l'herpes est l'étiologie la plus fréquente, toutefois l'incidence de la syphilis est en augmentation. Les autres étiologies sont rares. Ces ulcérations sont des cofacteurs de transmission du HIV. Des prélèvements à visée bactériologique virologique et sérologique sont à faire. Le **traitement des partenaires sexuels** doit être aussi envisagé.
- Propositions d'antibiothérapie (SYPHILIS PRECOCE exclusivement) :
 - **Patient séronégatif VIH** :
 - **Première intention** : Benzathine pénicilline^{DCI} (Extencilline®) 2,4 millions d'unités en une fois (IM).
 - **Alternative (allergie aux bêta-lactamines)** : Doxycycline^{DCI} (Vibramycine®) 100 mg x 2/j (*per os*) pdt 14 jours.
 - **Patient séroPOSITIF VIH** :
 - **Première intention** : Benzathine pénicilline^{DCI} (Extencilline®) 2,4 millions d'unités (IM) une injection par semaine (total de 3 injections).

Infections ostéo articulaires

Arthrite septique primitive

- Remarques préliminaires : Traitement en urgence **APRES** prélèvements à visée cyto-bactériologie (ponction recueillie dans un tube hépariné et ensemencement d'une fraction de liquide dans un flacon d'hémoculture). La principale étiologie est à *Staphylococcus aureus* plus rarement les streptocoques bêta-hémolytiques voire les entérobactéries. D'autres étiologies sont à discuter en fonction du contexte : MST, maladie de Lyme, Brucellose. Prendre l'avis d'un senior si nécessaire. Une adaptation thérapeutique sera faite en fonction des résultats microbiologiques. La durée de traitement sera fonction de l'évolution
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Oxacilline^{DCI} (Bristopen®) 1 g x 6/j (IV lente) PLUS Gentamicine^{DCI} (Gentalline®) 3 à 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière.

Infections cutanées / Morsures

Erysipèle typique

- Remarques préliminaires : on distingue les infections dermo-épidermiques (érysipèle typique) et les infections dermo-hypodermiques, fasciites. Dans le second cas un avis chirurgical en urgence est requis. Pour l'érysipèle typique, le traitement est à faire en urgence en hospitalisation, après prélèvements à visée microbiologique (écouvillonnage d'une lésion suintante et hémoculture). Il est dû principalement à *Streptococcus pyogenes* plus exceptionnellement à *Staphylococcus aureus*.
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Amoxicilline^{DCI} (Clamoxyl®) 2 g x 3/j (IV relais *per os* après apyréxie) pendant 10 à 15 jours.
 - **Alternative (allergie aux bêta-lactamines)** : Pristinamycine^{DCI} (Pyostacine®) 1 g x 3/j (*per os*) pendant 10 à 15 jours.

Staphylococcie maligne de la face

- **Remarques préliminaires** : Le traitement doit être initié en urgence après prélèvements à visée bactériologique (hémocultures)). Un avis de réanimateur est souhaitable.
- **Propositions d'antibiothérapie** :
 - **Première intention** : Oxacilline^{DCI} (Bristopen®) 100 mg/kg/j en 4 à 6 injections (IV lente) PLUS Gentamicine^{DCI} (Gentalline®) 3 à 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière.

Morsures (homme, chat, chien, rat), griffades

- **Remarques préliminaires** : Il existe une assez grande diversité de bactéries à couvrir. Un avis chirurgical peut être demandé, une prévention du tétanos doit être systématique (tableau ci-dessous).
- **Propositions d'antibiothérapie** :
 - **Première intention** : Amoxicilline – Ac. clavulanique^{DCI} (Augmentin®) 1 g x 3 / j (*per os*) pdt 5 jours.
 - **Alternatives** : Doxycycline^{DCI} (Vibramycine®) 100 mg x 2/j (*per os*) le premier jour puis 100 mg x 1 (*per os*) pdt 10 jours OU si suspicion de maladie des griffes du chat : Azithromycine^{DCI} (Zithromax®) 500 mg x 1 (*per os*) le premier jour puis 250 mg x 1 (*per os*) pdt 6 jours.

Morsures de tiques

- **Remarques préliminaires** : la prophylaxie n'est pas obligatoire (zone non endémique) toutefois si un constat d'érythème centrifuge au point de morsure est fait : Amoxicilline^{DCI} (Clamoxyl®) 500 mg x 3/j (*per os*) pendant 14 à 21 jours OU si allergie aux bêta-lactamines Doxycycline^{DCI} (Vibramycine®) 100 mg x 2/j (*per os*) pdt 14 à 21 jours.

Prophylaxie antitétanique

Situation Vaccinale	Type de blessure Evaluation du risque*	Vaccination	Sérothérapie – Immunoglobulines tétaniques
Certaine et < 5 ans Certaine entre 5 et 10 ans	Faible ou Elevé	Non	Non
	Mineure, propre	Non	Non
	Majeure, propre ou tétanigène	OUI (1 rappel)	Non
> 10 ans ou incomplète < 10 ans	Tétanigène, débridement retardé ou incomplet	OUI (1 rappel)	Non
	Mineure, propre	OUI (1 rappel)	Non
	Majeure, propre ou tétanigène	OUI (1 rappel)	Oui (Ig 250 UI)
Absente, douteuse ou incomplète > 10 ans**	Tétanigène, débridement retardé ou incomplet	OUI (1 rappel)	Oui (Ig 500 UI)
	Mineure, propre	OUI (complète)	Oui (Ig 500 UI)
	Majeure, propre ou tétanigène	OUI (complète)	Oui (500 UI)
	Tétanigène, débridement retardé ou incomplet	OUI (complète)	Oui (500 UI)

* **Risque tétanigène** : **Faible** : plaies domestiques non souillées - **Elevé** : plaies en milieu extérieur souillées de terre

** Dans les situations douteuses, en l'absence de preuve de vaccination antérieures : intérêt du test rapide de mise en évidence de l'immunoprotection antitétanique (Tétanos Quick Test)

Fièvre chez le neutropénique

Aplasia thérapeutique

- Remarques préliminaires : Traitement **EN URGENCE**. Le pronostic est étroitement lié au délai de mise en route du traitement. Les bactéries à Gram négatif sont à redouter en premier. Toutefois une porte d'entrée cutanée est parfois évidente (point d'insertion du KT inflammatoire) orientant vers la possibilité d'infection à Gram positif (pratiquer des hémocultures quantitatives différentielles). Si la fièvre persiste au delà de 48 heures de traitement : envisager un traitement antifongique. La durée de traitement sera évalué au cas par cas.
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Pipéracilline - Tazobactam^{DCI} (Tazocilline®) 4 g x 3/j (IV lente) PLUS Amikacine^{DCI} (Amiklin®) 20 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (évaluer concentration résiduelle à 24 heures en dosant l'amikacinémie).
 - **Alternative 1 (insuffisance rénale)** : Pipéracilline - Tazobactam^{DCI} (Tazocilline®) 4 g x 3/j (IV lente) PLUS Ofloxacine^{DCI} (Oflozet®) 400 mg (IV) puis 200 mg x 2 par jour (*per os* si possible (biodisponibilité 100%)).
 - **Alternative 2 (porte d'entrée cutanée)** : Ajouter aux propositions précédentes Vancomycine^{DCI} (Vancocine®) 15 mg/kg en deux fois par jour (IV).

Infections digestives avec prise en charge chirurgicale

- Remarques préliminaires : Un avis chirurgical est systématique. L'antibiothérapie sera débutée le plus rapidement possible et pourra être initiée avant l'antibioprophylaxie liée à l'acte chirurgical. Lorsque les aminosides sont prescrits, leur usage sera le plus court possible (48 heures en général) et l'antibiothérapie dans sa globalité sera courte mais discutée au cas par cas.

Péritonite aiguë sans signe de gravité

- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Amoxicilline – Ac. clavulanique^{DCI} (Augmentin®) 1 g x 4/j (IV) PLUS Gentamicine^{DCI} (Gentalline®) 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique.
 - **Alternative (allergie aux bêta-lactamines)** : Lévofloxacine^{DCI} (Tavanic®) 500 mg x 2/j (IV (première administration) puis *per os* si possible) PLUS Métronidazole^{DCI} (Flagyl®) 500 mg x 3/j (IV puis *per os* si possible) PLUS Gentamicine^{DCI} (Gentalline®) 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (sur 2 jours).

Péritonite aiguë AVEC signe de gravité ou chirurgie difficile (incomplète)

- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Amoxicilline – Ac. clavulanique^{DCI} (Augmentin®) 1 g x 4/j (IV) PLUS Gentamicine^{DCI} (Gentalline®) 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (sur 2 jours).
 - **Alternative (allergie aux bêta-lactamines)** : Lévofloxacine^{DCI} (Tavanic®) 500 mg x 2/j (IV (première administration) puis *per os* si possible) PLUS Métronidazole^{DCI} (Flagyl®) 500 mg x 3/j (IV puis *per os* si possible) PLUS Gentamicine^{DCI} (Gentalline®) 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière.

Sigmoïdite

- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Ticarcilline – Ac. clavulanique^{DCI} (Claventin®) 5 g x 3/j (IV lente ou perfusion) PLUS (si signes de gravité) Gentamicine^{DCI} (Gentalline®) 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière

Infection des voies biliaires

Communautaires

- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Amoxicilline – Ac. clavulanique^{DCI} (Augmentin®) 2 g x 3/j (IV) PLUS Gentamicine^{DCI} (Gentalline®) 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (sur 2 jours).
 - **Alternative (allergie aux bêta-lactamines)** : Lévofloxacine^{DCI} (Tavanic®) 500 mg x 2/j (IV (première administration) puis *per os* si possible) PLUS Métronidazole^{DCI} (Flagyl®) 500 mg x 3/j (IV puis *per os* si possible) PLUS Gentamicine^{DCI} (Gentalline®) 5 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (sur 2 jours).

Post-Cholangio Pancréatographie Rétrograde Endoscopique

- **Première intention** : Pipéracilline – Tazobactam^{DCI} (Tazocilline®) 4 g x 3/j (IV) PLUS Amikacine^{DCI} (Amiklin®) 15 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (sur 2 jours).
- **Alternative (allergie aux bêtalactamines)** : Lévofloxacine^{DCI} (Tavanic®) 500 mg x 2/j (IV (première administration) puis *per os* si possible) PLUS Métronidazole^{DCI} (Flagyl®) 500 mg x 3/j (IV puis *per os* si possible) PLUS Amikacine^{DCI} (Amiklin®) 15 mg/kg/j (IV) en une dose unique journalière (sur 2 jours).

Infections digestives SANS prise en charge chirurgicale

Infection spontanée du liquide d'ascite

- Remarques préliminaires : Le traitement doit être fait en urgence après prélèvements à visée bactériologique (examen cyto bactériologique de l'ascite et asciculture effectuée à partir de flacons d'hémoculture).
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Première intention** : Céfotaxime^{DCI} (Claforan®) 1 g x 4/j (IV) pdt 10 jours..
 - **Alternative** : Ofloxacine^{DCI} (Oflocet®) 200 mg x 2/j (IV (première administration) puis *per os* si possible) PLUS Amoxicilline plus ac. clavulanique^{DCI} (Augmentin®) 1 g x 3/j (IV puis *per os* si possible).

Diarrhées aiguës bactériennes

- Remarques préliminaires : La majorité des diarrhées aiguës sont bénignes et ne nécessite pas le recours aux antibiotiques. Une anamnèse précise doit être faite : séjours à l'étranger en zone à risque (typhoïde, choléra), la prise récente d'antibiotique (recherche de toxines de *Clostridium difficile*. Une coproculture peut être prescrite. La mise en évidence d'une salmonelle « mineure », sauf facteurs de risque ou de gravité, ne doit pas conduire à une antibiothérapie car elle risque d'augmenter le temps de portage. Des mesures d'hygiène sont à formuler.
- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Cas général** : Ofloxacine^{DCI} (Oflocet®) 200 mg x 2 / jour (*per os*) pdt.3 à 5 jours
 - **Shigellose** : Ofloxacine^{DCI} (Oflocet®) 400 mg en une fois
 - **Typhoïde** : Ofloxacine^{DCI} (Oflocet®) 200 mg x 2 / jour (*per os*) pdt.5 à 10 jours
 - **Diarrhée post antibiotique** : Métronidazole^{DCI} (Flagyl®) 250 mg x 4 /jour (*per os*) pdt 10 jours (Contre indication si grossesse et AVK alternative : Vancomycine^{DCI} (Vancocine®) 125 mg x 4 /jour (*per os*) pdt 10 jours).

Endocardite bactérienne.

- Remarques préliminaires : Trois situations sont à retenir : le traitement empirique avant le résultat des hémocultures ; le traitement avec un micro-organisme identifié ; le traitement avec des hémocultures « stériles ». Seule la première situation est ici évoquée. Le traitement sera défini à partir du terrain et de la porte d'entrée présumée. Il s'agit d'un traitement en urgence. Au moins trois hémocultures doivent être pratiquées dans les 24 premières heures (elles peuvent être regroupées dans un espace temps court). Elles pourront être recommencées si les résultats sont négatifs (en utilisant si nécessaire la méthode de centrifugation lyse) et complétées de sérologies prenant en compte des bactéries intracellulaires voire des recherches par biologie moléculaire. Le traitement initial portera sur les streptocoques *viridans* voire les staphylocoques (porte d'entré cutanée, toxicomane IV).
- Propositions d'antibiothérapie (avant obtention des résultats d'hémoculture) :
 - **Première intention (si suspicion de streptocoques *viridans*)** : Amoxicilline^{DCI} (Clamoxyl®) 150 à 200 mg/kg/j en 6 injections (IV) PLUS Gentamicine^{DCI} (Gentalline®) 5 mg/kg/j pour la première prise puis 3 mg/kg/j (IV) en deux prises quotidienne.
 - **Alternative (si suspicion de staphylocoques)** : Oxacilline^{DCI} (Bristopen®) 100 à 150 mg/kg/j en 4 à 6 injections (IV) PLUS Gentamicine^{DCI} (Gentalline®) 5 mg/kg/j pour la première prise puis 3 mg/kg/j (IV) en deux prises quotidienne.

Méningites bactériennes « aiguës ».

- Remarques préliminaires : dans le cas d'un **purpura fébrile**, le **traitement antibiotique doit être une priorité absolue** et débuté dès la prise en charge médicale et avant tous les autres actes (y compris les prélèvements pour le diagnostic bactériologique). En cas de contact rapproché avec un cas d'infection invasive à méningocoque des mesures prophylactiques doivent être prises (cf. recommandations élaborées par le CLLIN). Une déclaration urgente doit être faite auprès de la DDASS. Dans les cas où l'examen direct à la recherche de bactéries n'est pas contributif au diagnostic de l'espèce bactérienne responsable, l'algorithme décisionnel (ci dessous) est à suivre. Dans le cas contraire les choix sont les suivants :

Pneumocoque

- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Céfotaxime^{DCI} (Claforan®)** 300 mg/kg/j en 3 injections (IV) PLUS **Vancomycine^{DCI} (Vancocine®)** 15 mg/kg/j en 4 à 6 injections (IV lente). Selon la résistance du pneumocoque le traitement sera adapté.

Méningocoque

- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Céfotaxime^{DCI} (Claforan®)** 200 mg/kg/j en 3 injections (IV). Selon la résistance du méningocoque le traitement sera adapté. Dans les formes non compliquée la durée du traitement peut-être de 4 à 5 jours

Listeria

- Propositions d'antibiothérapie :
 - **Amoxicilline^{DCI} (Clamoxyl®)** 200 mg/kg/j en 4 à 6 injections (IV). PLUS **Gentamicine^{DCI} (Gentalline®)** 5 mg/kg/j (IV) en deux perfusions journalières.

Rappel de la chimioprophylaxie des infections invasives à méningocoque (en dehors des cas où la vaccination est possible)

- **Rifampicine^{DCI} (Rifadine®)** 600 mg /j en 2 fois (*per os*) pdt 2 jours. **Si contre indication (en particulier femme enceinte)** : **Spiramycine^{DCI} (Rovamycine®)** 3 millions d'unités en 2 fois (*per os*) pdt 5 jours..

PURPURA FEBRILE

OUI

NON

Traitement immédiat
Céfotaxime^{DCI} (Claforan[®])
200 mg/kg/j en 4 injections

Hémoculture si possible P.L. voire ponction purpura à l'aiguille fine

Adapter le traitement selon résultat l'examen direct et cultures

P.L.

aspect trouble

OUI

NON

Céfotaxime^{DCI} (Claforan[®]) 200 mg/kg/j en 4 injections PLUS
Vancomycine^{DCI} (Vancocine[®]) 40-60 mg/kg/j en perfusion continue après une dose de charge de 15 mg/kg en une heure

P.L. > 10 éléments/mm³

OUI

NON

Présence de bactéries à l'examen direct

Antibiothérapie préalable (méningite décapitée ?)

NON

NON

OUI

Lymphocytes > 50%

Polynucléaires neutrophiles > 50%

AVIS SPECIALISE

Présence de bactéries à l'examen direct

Céfotaxime^{DCI} (Claforan[®]) 200 mg/kg/j en 4 injections PLUS
Vancomycine^{DCI} (Vancocine[®]) 40-60 mg/kg/j en perfusion continue après une dose de charge de 15 mg/kg en une heure

NON

SURVEILLANCE

Adulte immunocompétent avec fièvre très élevée plus signes d'encéphalite : **Aciclovir^{DCI} (Zovirax[®])** 10 mg/kg x 3/jour (perfusion)

Adulte immunocompétent sans signe neurologique (signes de localisation et/ou troubles de la conscience), avec glycorachie et protéinorachie normales

Adulte immunocompétent avec glycorachie < 2/3 de glycémie OU protéinorachie > 1 g/l OU signes de localisation et/ou troubles de la conscience :
Amoxicilline^{DCI} (Clamoxyl[®]) 200 mg/kg/j en 6 fois PLUS **Gentamicine^{DCI} (Gentalline[®])** 3 mg/kg/j en 2 fois

Terrain immunodéprimé ou signes d'appel particuliers : AVIS SPÉCIALISÉ

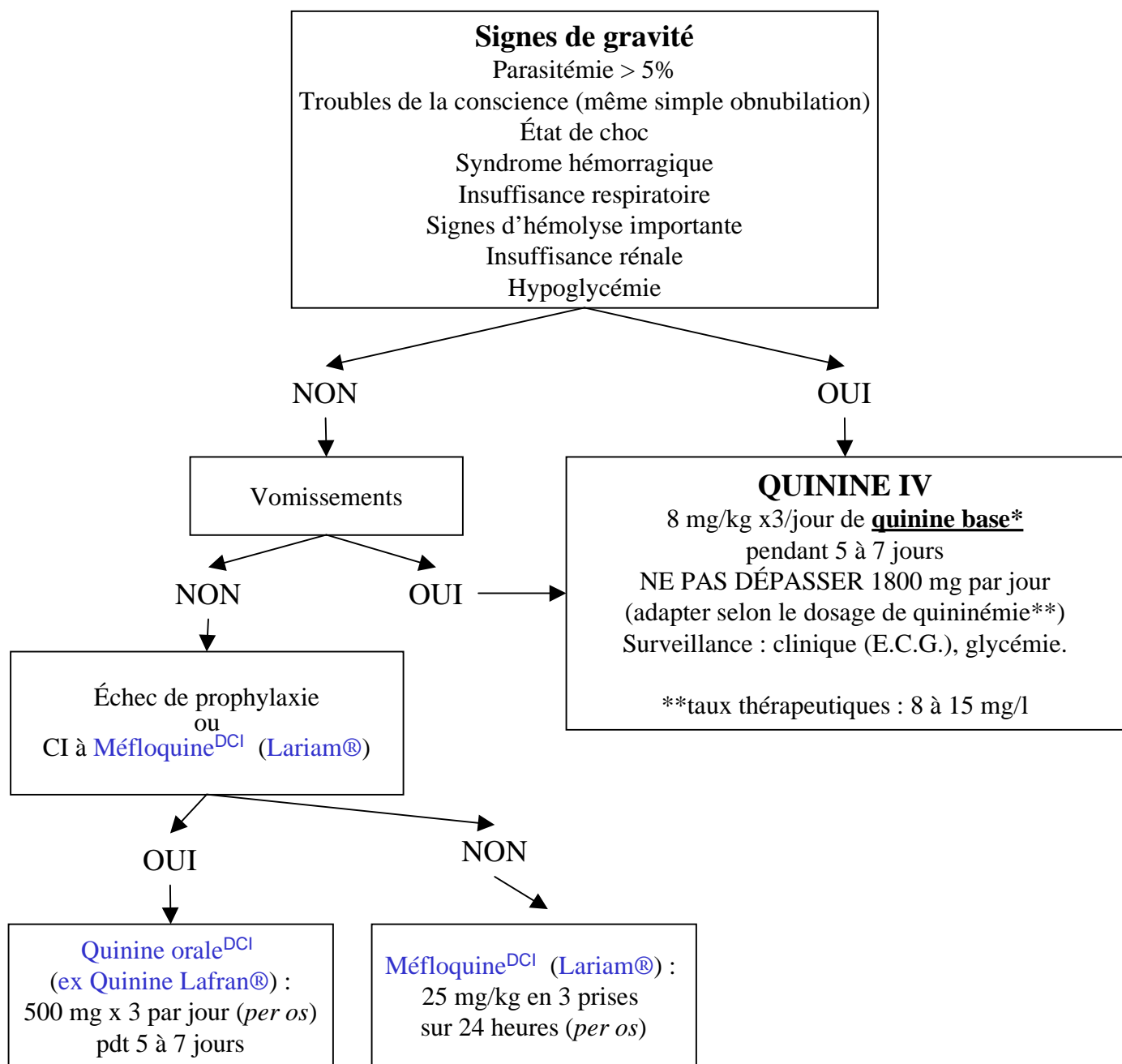
Cocci à Gram négatif : cf. méningocoque

Cocci à Gram positif (pneumocoque) : cf. pneumocoque

Bacilles à Gram positif (*Listeria*) : cf. *Listeria*

Autres cas : AVIS SPÉCIALISÉ

Plasmodium falciparum



* équivalents en Quinine Base des spécialités dispensées à la Pharmacie de l'hôpital

Spécialité	Présentation	en Quinine Base (mg)
Quinine* PCH	ampoule 100 mg / 10 ml	81,7
Quinine* PCH	ampoule 300 mg / 10 ml	245

* dichlorhydrate de quinine

Pour les autres espèces de *plasmodium* : il n'y a pas d'évolution possible vers l'accès pernicieux. La Chloroquine^{DCI} (Nivaquine®) reste efficace (sauf rares exceptions pour *P. vivax* en Indonésie) avec le protocole suivant : 10mg/kg à H0, 5 mg/kg à H6, H24, H48 (6cps puis 3 cps les fois suivantes pour un adulte de poids moyen).

GUIDE DU BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES AUX URGENCES PEDIATRIQUES (A l'exception des infections néo-natales , materno-fœtales)

Infections ORL

Situations cliniques	Antibiotiques 1 ^{ère} intention	Alternatives
Rhino-pharyngites	◆ Aucun	◆ Aucun
Otites Moyennes Aiguës	◆ amoxicilline plus ac. clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) - < 2 ans : pendant 10 jours - > 2 ans : pendant 5 jours	◆ cefpodoxime proxétil ^{DCI} (Orélox®)
Mastoidites aiguës	◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) + fosfomycine ^{DCI} (Fosfocine®)	◆ Avis senior
Sinusites aiguës	◆ amoxicilline plus ac. clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) pendant 10 jours	◆ cefpodoxime proxétil ^{DCI} (Orélox®)
Epiglottites	◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®)	◆ ceftriaxone ^{DCI} (Rocéphine®)
Laryngites aiguës	◆ Aucun	◆ Aucun
Parotidites aiguës bactériennes	◆ amoxicilline plus ac. clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) pendant 7 jours	◆ pristinamycine ^{DCI} (Pyostacine®)
Angines aiguës : TDR* + *TDR = test détection rapide	◆ amoxicilline ^{DCI} (Clamoxyl®) pendant 6 jours	◆ josamycine ^{DCI} (Josacine®) pendant 5 jours
Ethmoïdites	◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) + fosfomycine ^{DCI} (Fosfocine®) ± métronidazole ^{DCI} (Flagyl®)	◆ Avis senior
Abcès dentaires	◆ amoxicilline plus ac. clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) pendant 7 jours	◆ spiramycine ^{DCI} + métronidazole ^{DCI} (Rodogyl®) pendant 7 jours

Infections respiratoires basses

Situations cliniques	Antibiotiques 1 ^{ère} intention	Alternatives
Bronchites aiguës	◆ Aucun	◆ amoxicilline plus ac. clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) (en cas de fièvre prolongée au delà de 5 jours chez le petit nourrisson)
Bronchiolites aiguës	◆ Aucun	◆ amoxicilline plus ac. clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) (en cas de fièvre prolongée, d'otite moyenne aiguë associée, de foyer radiologique)
Pneumonies aiguës ◆ D'allure pneumococcique ◆ A germe atypique	◆ amoxicilline ^{DCI} (Clamoxyl®) : 100 mg/kg/jour pendant 10 jours ◆ josamycine ^{DCI} (Josacine®) : 50 mg/kg/jour pendant au moins 15 jours	◆ ceftriaxone ^{DCI} (Rocéphine®) : 50 mg/kg/jour ◆ Avis senior
Pneumonies de déglutition	◆ amoxicilline plus ac. clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) + gentamicine ^{DCI} (Gentalline®)	◆ ceftriaxone ^{DCI} (Rocéphine®) + métronidazole ^{DCI} (Flagyl®)
Pleuro-pneumopathie	◆ Drainage si épanchement volumineux ◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) + josamycine ^{DCI} (Josacine®)	◆ Avis senior
Staphylococcie pleuro-pulmonaire	◆ Drainage si épanchement volumineux ◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) + fosfomycine ^{DCI} (Fosfocine®)	◆ Avis senior

Infections urinaires

Situations cliniques	Antibiotiques 1 ^{ère} intention	Alternatives
Pyélonéphrites	◆ ceftriaxone ^{DCI} (Rocéphine®) (IV pendant 4 jours) + gentamicine ^{DCI} (Gentalline®) (IV pendant 48 heures)	◆ Avis senior
Cystites (chez la petite fille de plus de 4 ans)	◆ Cefixime ^{DCI} (Oroken®) pendant 6 jours pendant 6 jours	◆ Avis senior

Infections osseuses

A priori ces infections doivent être prises en charge en orthopédie

Situations cliniques	Antibiotiques 1 ^{ère} intention	Alternatives
Ostéomyélites Spondylodiscites	◆ cloxacilline ^{DCI} (Orbénine®) + fosfomycine ^{DCI} (Fosfocine®)	◆ Avis senior
Arthrites purulentes	◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) + fosfomycine ^{DCI} (Fosfocine®)	◆ Avis senior

Infections cutanées / Morsures

Situations cliniques	Antibiotiques 1 ^{ère} intention	Alternatives
Impétigos	◆ amoxicilline plus ac. clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) pendant 7 jours	◆ pristinamycine ^{DCI} (Pyostacine®)
Cellulites	◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) + fosfomycine ^{DCI} (Fosfocine®)	◆ clindamycine ^{DCI} (Dalacine®)
Adénites aiguës	◆ amoxicilline plus ac. clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) pendant 7 jours	◆ pristinamycine ^{DCI} (Pyostacine®)
◆ Ambulatoires		
◆ Hospitalisées	◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) + fosfomycine ^{DCI} (Fosfocine®)	◆ Avis senior
Morsures chien/chat	◆ amoxicilline plus ac. clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) pendant 5 jours	◆ josamycine ^{DCI} (Josacine®) (ou doxycycline ^{DCI} (Vibramycine®) après 8 ans)
Morsures d'homme	◆ amoxicilline plus ac. clavulanique ^{DCI} (Augmentin®) pendant 5 jours	◆ josamycine ^{DCI} (Josacine®) (ou doxycycline ^{DCI} (Vibramycine®) après 8 ans)
Morsures de tique	◆ Aucun	

Fièvre chez le neutropénique / Septicémie

Situations cliniques	Antibiotiques 1 ^{ère} intention	Alternatives
Aplasies thérapeutiques	◆ ceftazidime ^{DCI} (Fortum®) + amikacine ^{DCI} (Amiklin®) + vancomycine ^{DCI} (Vancocine®)	◆ Avis senior
Septicémies à Pyo	◆ ceftazidime ^{DCI} (Fortum®) + amikacine ^{DCI} (Amiklin®)	◆ Selon l'antibiogramme
Septicémies à enterobactéries (sauf pyo, enterobacter ou citrobacter)	◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) + amikacine ^{DCI} (Amiklin®)	◆ Selon antibiogramme

Infections digestives

Situations cliniques	Antibiotiques 1 ^{ère} intention	Alternatives
<i>Salmonella</i>	◆ ceftriaxone ^{DCI} (Rocéphine®)	◆ Avis senior
<i>Campylobacter jejuni</i>	◆ josamycine ^{DCI} (Josacine®) pendant 7 jours	◆ Avis senior
<i>Shigella</i>	◆ ceftriaxone ^{DCI} (Rocéphine®)	◆ Avis senior

Infections méningées

Situations cliniques	Antibiotiques 1 ^{ère} intention	Alternatives
Pneumocoque	◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) : 300 mg/kg/jour + vancomycine ^{DCI} (Vancocine®) : 60 mg/kg/jour (en 4 injections et perfusions)	◆ Adapter en fonction de l'antibiogramme
Méningocoque	◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) : 200 mg/kg/jour	◆ Avis senior
<i>Haemophilus influenzae</i>	◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) : 200 mg/kg/jour	
Streptocoque B	◆ amoxicilline ^{DCI} (Clamoxyl®) : 200 mg/kg/jour	◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) : 200 mg/kg/jour
Entérobactéries (dont E coli K1)	◆ céfotaxime ^{DCI} (Claforan®) : 200 mg/kg/jour + ◆ amikacine ^{DCI} (Amiklin®) : 20 mg/kg/jour (en 2 injections) + ciprofloxacine ^{DCI} (Ciflox®) : 15 mg/kg/jour en 3 injections	◆ Adapter en fonction de l'antibiogramme
<i>Listeria</i> / Enterocoque	◆ amoxicilline ^{DCI} (Clamoxyl®) : 200 mg/kg/jour en 4 injections + gentamicine ^{DCI} (Gentalline®) : 4 mg/kg/jour en 2 injections	◆ vancomycine ^{DCI} (Vancocine®) : 40 mg/kg/jour en 4 injections + gentamicine ^{DCI} (Gentalline®) : 4 mg/kg/jour en 2 injections
Prophylaxie		
◆ Méningocoque	◆ rifampicine ^{DCI} (Rifadine®) : 20 mg/kg/jour en 2 prises pendant 2 jours ◆ Vaccination éventuelle	◆ spiramycine ^{DCI} (Rovamycine®)
◆ <i>Haemophilus influenzae</i> type b	◆ rifampicine ^{DCI} (Rifadine®) : 20 mg/kg/jour en 2 prises pendant 2 jours	

Posologies en pédiatrie

Antibiotique	Posologies
Amikacine	15 mg/kg/jour en 1 à 2 injections
Amoxicilline	Per os : <u>Nourrisson</u> : 80 mg/kg/jour En cas d'OMA à pneumocoque résistant la posologie peut être de 150 mg/kg/jour <u>Enfant</u> : 50 à 80 mg/kg/jour (sans dépasser 3 grammes) IV : 100 mg/kg/jour
Amoxicilline + ac. clavulanique	PO : 80 mg/kg/jour IV : 100 mg/kg/jour
Céfixime	8 mg/kg/jour en 2 prises
Céfotaxime	100 mg/kg/jour en 3 injections Méningites ♦ méningocoque, strepto, coli : 200 mg/kg/jour en 4 injections ♦ pneumocoque : 300 mg/kg/jour en 4 injections
Cefpodoxime	8 mg/kg/jour en 2 prises
Ceftazidime	100 mg/kg/jour en 4 injections
Ceftriaxone	50 mg/kg/jour en une injection (ne pas dépasser 2 g)
Clindamycine	25 mg/kg/jour en 3 prises (sans dépasser 2.4 g/jour qui est la posologie adulte)
Cloxacilline	PO : 50 mg/kg/jour en 3 prises IV : 50 à 100 mg/kg/jour en 3 injections
Doxycycline	4 mg/kg/jour en 2 prises
Fosfomycine	200 mg/kg/jour en 3 perfusions (a priori de 4 heures)
Gentamicine	4 mg/kg/jour en 1 à 2 injections
Josamycine	50 mg/kg/jour en 2 prises
Métronidazole	30 mg/kg/jour en 3 injections ou 3 prises orales
Pristinamycine	50 mg/kg/jour en 3 prises
Rifampicine	20 à 30 mg/kg/jour en 2 prises
Spiramycine	300 000 UI/Kg/jour en 3 prises
Spiramycine + métronidazole	15 millions d'unités /jour en deux prises
Tobramycine	4 mg/kg/jour en 1 à 2 injections
Vancomycine	40 mg/kg/jour en 4 perfusions de 30 minutes